

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE — N° 89

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PSYCHOSES DE GUERRE

Le Puérilisme mental

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 24 Juin 1919

PAR

Antoine COKKINIS

ANCIEN ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né à Ithaque (Grèce), le 28 février 1893.



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE LYONNAISE

H. GARRION, DIRECTEUR, RUE DE LA BARRE, 12

1919

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
PSYCHOSES DE GUERRE

Le Puérilisme mental



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552308_0053

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE — N° 89

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PSYCHOSES DE GUERRE

Le Puérilisme mental

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 24 Juin 1919



PAR

Antoine COKKINIS

ANCIEN ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né à Ithaque (Grèce), le 28 février 1893.



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE LYONNAISE

H. GARRION, DIRECTEUR, RUE DE LA BARRE, 12

1919

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
LEPINE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. TEISSIER.
	ROQUE.
	BARD.
	TIXIER.
Cliniques chirurgicales	BERARD.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FABRE.
Clinique ophtalmologique.	ROLIET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	NICOLAS.
Clinique des maladies nerveuses et mentales.	LEPINE (J.).
Clinique des maladies des enfants.	WEILL.
Clinique des maladies des femmes.	POLLOSSON (A.)
Physique biologique, radiologie et physiothérapie	CLUZET.
Chimie biologique.	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.	MOREL.
Matière médicale et Botanique.	MOREAU.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	GUIART.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	X...
Physiologie.	DOYON.
Pathologie interne.	COLLET.
Pathologie et Thérapeutique générales.	X...
Anatomie pathologique.	PAVIOT.
Médecine opératoire.	POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée.	X.
Médecine légale.	ETIENNE MARTIN.
Hygiène.	COURMONT (P.)
Thérapeutique.	PIC.
Pharmacologie.	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL, agrégé
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile.	NOVÉ-JOSSERAND, —
Accouchements.	COMMANDEUR, —
Embryologie.	LATARJET, —
Anatomie topographique.	PATEL, —
Botanique.	BRETIN, —
Chirurgie expérimentale.	VILLARD, —
Clinique infantile.	MOURIQUAND, —
Déontologie et médecine professionnelle.	X... —

AGRÉGÉS

MM. CONDAMIN.	MM. NOGIER.	MM. MOURIQUAND.	MM. THEVENOT (Lucien).
SIRAUD.	LATARJET.	ARLOING (F.).	PIERY.
BARRAL.	BRETIN.	GUILLEMARD.	COTTE.
COMMANDEUR.	LERICHE.	POLICARD.	DUROUX.
NEVEU-LEMAIRE.	THEVENOT (Léon).	GARIN.	BONNAMOUR, char-
LAROYENNE.	TAVERNIER.	SAVY.	gé des fonctions.
VORON.	CADE.	FROMENT.	SARVONAT, id.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. J. LÉPINE, Président ; Et. MARTIN, Assesseur ;
MM. MOURIQUAND et POLICARD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

Faible témoignage de reconnaissance
et de profonde affection.

A notre Maître

M. LE PROFESSEUR JEAN LÉPINE

Nous le remercions ici vivement de la bienveillance avec laquelle il nous a toujours accueilli et du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

A MES JUGES

A M. LE DOCTEUR BARJON

MÉDECIN DES HÔPITAUX

A M. LE DOCTEUR BONNAMOUR

MÉDECIN DES HÔPITAUX

A M. LE DOCTEUR V. CHAPPET

MÉDECIN HONORAIRE DES HÔPITAUX

Nous profitons de cette occasion pour leur exprimer notre vive gratitude et reconnaissance pour la bienveillance qu'ils nous ont montré pendant la période de deux ans où nous avons accompli les fonctions d'interne provisoire à l'Hospice de la Croix-Rousse.

A LA MÉMOIRE DE M. LE DOCTEUR GEORGES CARRIER

A M. LE DOCTEUR HENRI CARRIER

A M. LE DOCTEUR CHOCREAUX

A M. LE DOCTEUR GUICHARD

INTRODUCTION

La guerre actuelle avec ses circonstances particulièrement tragiques a ajouté à l'étiologie des psychoses et psychonévroses en général un facteur, dont l'étude présente indubitablement un intérêt primordial, la commotion.

Qu'il s'agisse d'un choc commotionnel véritable ou d'un choc émotionnel plus ou moins violent sans commotion cérébrale directe, on voit se développer chez les prédisposés parmi les combattants des troubles psychiques ou neuro-psychiques d'ordre et de nature divers, apparaissant tantôt immédiatement, tantôt quelque temps après le choc initial.

Parmi ces troubles, dont l'étude a fait depuis le début de la campagne, l'objet de nombreux travaux du plus haut intérêt, il en est un, qui quoique peu fréquent mérite l'attention des observateurs. C'est le puérilisme mental.

C'est l'étude de ce syndrome psychique particulier qui fera l'objet de notre thèse.

L'étude du puérilisme remonte à une date relativement récente. C'est quelques années avant la guerre actuelle qu'il fut observé et décrit par plusieurs auteurs comme un état psychique spécial, comme un syndrome, associé presque toujours à d'autres manifestations morbides, d'ordre psychopathique.

Nous croyons utile, avant d'aborder l'étude du puérilisme au cours des psychoses de guerre, de donner dans une première partie de cet ouvrage une idée de la conception du puérilisme en général.

Notre travail se trouve ainsi divisé en deux parties.

Dans une première partie après un court exposé sur les altérations de la personnalité en général nous donnons la description, le tableau clinique du puérilisme mental et l'historique de la question, en insistant sur les états morbides, avec lesquels le puérilisme se trouvait associé avant l'intervention des facteurs commotionnels ou émotionnels.

Dans la seconde partie nous publions 2 observations que nous avons eu l'occasion de recueillir pendant la période où nous avons rempli les fonctions d'interne au centre psychiatrique de Lyon ; nous y ajouterons 2 observations empruntées à la *Revue Neurologique* et une observation parue dans le livre de M. le Prof. Lépine « Troubles mentaux de la guerre ».

Toutes ces observations se rapportent à des cas de puérilisme post-commotionnel.

Après l'exposé de ces observations nous étudions la pathogénie du puérilisme post-commotionnel et les conclusions que notre travail nous a permis d'établir.

Nous ne saurions commencer ce travail sans adresser tous nos remerciements à notre maître M. le Prof. Jean Lépine, qui nous a inspiré le sujet de notre thèse et nous a prodigué dans l'élaboration de ce travail des conseils éclairés.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Les altérations de la personnalité.

M. DUPRÉ, dans une très intéressante communication au Congrès de Bruxelles en 1903, a fait connaître une altération spéciale de la personnalité pour laquelle il a proposé le nom de « puérilisme mental ».

Nous croyons utile avant d'aborder l'étude du puérilisme d'envisager brièvement la personnalité et ses altérations en général.

RIBOT, en 1885, donne la définition suivante de la personnalité :

On entend par personne, l'individu qui a une conscience nette de lui-même et agit en conséquence. La personnalité pour lui, résulte de deux facteurs fondamentaux, la constitution du corps avec les tendances et les sentiments, qui la traduisent d'une part, et la mémoire, d'autre part. L'intégrité par conséquent de notre personnalité, résulte de l'intégrité, d'après Ribot, de ses deux éléments fondamentaux.

RICHET avait distingué nettement la personnalité du « moi ». Pour lui la notion consciente du « moi » dépend des excitations extérieures actuelles, de ce qu'on voit, de ce qu'on sent, de ce qu'on entend, des ordres qu'on peut donner à ses muscles ; tandis que la notion consciente de la personnalité dépend des souvenirs anciens. Le « moi » est un phénomène de sensibilité et d'irritation motrice, la personnalité est un phénomène de mémoire.

Quoi qu'il en soit, l'intégrité de la mémoire paraît, d'après ces exposés, être indispensable, pour que l'individu ait une notion consciente de la personnalité. Pour que cette notion nette de la personnalité existe, il faut que l'adjonction de nos impressions actuelles aux images anciennes se produise normalement.

Notre manière d'être actuelle est rattachée à notre manière d'être ancienne par toute une série d'états intermédiaires, formant en se reliant entre eux, une chaîne continue. Supposons qu'une cause quelconque vienne à produire une solution de continuité entre ces états intermédiaires, l'individu ne se retrouvera plus lui-même ; il y aura un trouble de la personnalité.

Les altérations de la personnalité ont été classées au point de vue de leur genèse par tous les auteurs, occupés de la question, en altérations provoquées et altérations spontanées.

Les premières, artificielles, sont provoquées chez les sujets prédisposés, hystériques ou autres, par la suggestion ou l'hypnotisme, elles sont superficielles et leur durée dépend de la volonté de l'expérimentateur.

Etant donné leur grande analogie avec les altérations spontanées, leur étude fournit des indications précieuses sur l'explication et la compréhension de ses troubles spontanés.

Les altérations spontanées sont naturelles, ce sont des manifestations morbides résultant d'un trouble cérébral plus ou moins profond, tantôt organique, tantôt fonctionnel.

Nous n'insistons ici que sur les altérations spontanées de la personnalité, car comme l'a fait remarquer RIBOT « les altérations spontanées restent encore les documents les plus solides pour l'étude des manifestations morbides de la personnalité.

Les altérations de la personnalité ont été classés par PITRES en trois types fondamentaux.

1° Altérations par aliénations ;

2° Altérations par alternances ;

3° Altérations par reversion ;

Cette classification donnée par PITRES pour les altérations de la personnalité se produisant dans le sommeil hypnotique et dans les états analogues, peut s'appliquer bien aussi aux altérations spontanées.

Dans le premier de ces trois types, une personnalité nouvelle s'installe à côté ou à la place de l'ancienne, qui est devenue pour le sujet étrangère. Celui-ci ignore sa première vie, ou il l'a contemple objectivement, lorsqu'on la lui rappelle.

Dans le deuxième cas, altération par alternance, il y a alternance de deux personnalités succinctes chez le même sujet. Ces deux personnalités se suc-

cédant à intervalles plus ou moins éloignés, se partagent la vie du sujet. Tantôt les deux personnalités s'ignorent respectivement, tantôt l'une embrasse toute la vie du sujet, l'autre n'est que partielle.

Enfin dans le troisième type, altération par reversion, la personnalité nouvelle n'est que la reproduction de celle que le sujet a eu à une période antérieure de son existence. Lorsque cette période est représentée par l'enfance du sujet, l'altération consiste en une régression de la personnalité au stade de l'enfance. C'est cette modalité particulière des altérations de la personnalité par reversion que M. DUPRÉ a proposé de nommer *Puérilisme mental*.

CHAPITRE II

Description clinique du puérilisme.

Le puérilisme mental, suivant la définition de Dupré, qui le premier en 1903 a décrit cette modalité spéciale des altérations de la personnalité est « un syndrome psychopathique spécial, caractérisé par une sorte de regression de la mentalité au stade de l'enfance ».

Plusieurs auteurs ont publié depuis, des observations relatives à ce syndrome, contribuant ainsi à l'étude de cet état psychopathique particulier et insistant spécialement sur l'étiologie et la pathogénie du puérilisme, qui a été et reste toujours assez obscure, parce que, comme nous aurons l'occasion de le voir dans les chapitres suivants, le puérilisme *est presque toujours associé à d'autres manifestations morbides, et peut se rencontrer chez les malades les plus différents.*

Dans ce chapitre nous essaierons de donner une description clinique du syndrome qui nous occupe, nous bornant à n'insister que sur les grandes lignes du tableau clinique, les particularités étant très variables selon les sujets comme nous aurons l'occa-

sion de le voir dans les observations publiées plus loin.

D'après l'expression de Charpentier et Courbon, ce qui caractérise le puérilisme mental, c'est la présence anormale d'une mentalité infantile.

En effet, l'habitude spéciale du malade, son attitude, sa conduite, ses occupations, ses gestes, ses manières, son expression mimique rappellent en tout celles des enfants, son langage et son écriture sont puérils et ses sentiments, ses tendances, ses goûts, ses idées mêmes revêtent, d'une façon générale, un caractère enfantin.

Le puérilisme, relativement rare, débute tantôt brusquement, tantôt il se développe d'une façon progressive.

Mais, quel qu'ait été le début, le malade atteint de puérilisme se présente généralement à l'examen de la façon suivante :

L'attitude est particulière, le malade est le plus souvent assoupi, immobile, le regard vague. Couché, la plupart du temps, il ne prête aucune attention à ce qui se passe autour de lui, ignore l'endroit où il est. Il se trouve dans un état d'égarement particulier, de torpeur plus ou moins accentuée. Inconscient de sa situation, donne ainsi le tableau presque complet de la confusion mentale avec indifférence et apathie.

Cet état confusionnel, plus ou moins accentué suivant les cas, s'accompagne de troubles de la mémoire très marqués. L'amnésie est à la fois lacunaire, rétrograde et antérograde, par rapport à la cause

qui a occasionné le puérilisme. Le malade est incapable de donner des renseignements précis sur les faits antérieurs à cette cause. Mais ce qui est le plus frappant et manifeste, c'est l'amnésie lacunaire ; le malade est absolument incapable de donner le moindre renseignement sur les circonstances du début et les faits qui se sont déroulés depuis n'ont laissé qu'un souvenir très vague dans sa conscience.

Cette amnésie est d'un degré différent suivant les sujets. Certains ne gardent aucun souvenir des faits les plus importants de leur vie ; ainsi, le malade de l'observation II avait oublié son mariage, la naissance de son enfant. On est frappé du contraste qui existe chez lui entre les manifestations d'affectivité à l'égard de ses parents et son silence complet à l'égard de sa femme et de son enfant. Son amnésie remonte à l'âge de 14 ans, que le malade croit avoir encore.

Chez d'autres, cette amnésie rétrograde est au contraire incomplète ; ils gardent quelques souvenirs, mais ces souvenirs assez vagues ne suffisent pas à éveiller des associations et à enlever au malade la conviction qu'il est enfant.

D'autres, enfin, ont une amnésie légère de la période rétrograde, les souvenirs les plus importants de leur vie ne sont pas effacés complètement de leur mémoire, ils connaissent leur âge réel, mais ils ne s'expliquent pas ou plutôt ne cherchent pas à s'expliquer la modification de leur état.

L'automatisme onirique semble accompagner souvent cet état confusionnel. Le malade rêve et ses rêves portent tantôt sur les faits qui se sont déroulés

pendant son enfance, représentant ainsi la continuation nocturne de son état d'esprit puéril, tantôt sur les faits immédiatement antérieurs au début de son affection, comme nous le verrons pour les cas de puérilisme, consécutifs à des chocs commotionnels ou émotionnels. Quelquefois des hallucinations auditives et surtout visuelles accompagnent le puérilisme. Ces hallucinations, quelquefois très intenses, constituent la continuation diurne de cet onirisme. Il semble que cette association de l'automatisme hallucinatoire diurne et de l'onirisme nocturne, constituant un véritable rêve vécu, alimentent, pour ainsi dire, cet état mental puéril.

L'expression des malades est variable. Certains sont tristes, déprimés, d'autres ont une physionomie moins morne et lorsqu'on attire leur attention on peut voir sur leurs visages de temps à autre un sourire niais, d'une expression béate et résignée. Mais tous rappellent d'une façon manifeste par leur attitude et leur maintien la manière d'être des enfants.

Ils sont timides, impressionnés par la vue des grandes personnes qu'ils ne connaissent pas, très intimes, au contraire, avec les personnes qu'ils sont habitués de voir quotidiennement, comme le médecin, les infirmiers, etc. Susceptibles, ils pleurent facilement et boudent à la façon des enfants, lorsqu'on les contrarie, prenant la mine anxieuse et suppliante d'un enfant.

Incapables d'une occupation sérieuse ils sont toujours prêts à s'amuser, à jouer; leurs jeux sont ceux des enfants; ainsi, ils aiment jouer à la poupée, aux

petits soldats, sauter à la corde, etc., suivant leur sexe et leur état de santé physique. Certains, comme le malade de l'observation II aiment la compagnie des animaux, des petits oiseaux, qu'ils soignent avec douceur et affection, d'autres s'amuse à se faire différents objets avec du papier, comme des petites maisons, des petits bateaux, etc. Ils affectionnent, en général, les friandises, les cajoleries, les « sous » et, somme toute, tout ce qui plaît et qui intéresse les enfants.

Aux questions qu'on pose au malade, celui-ci répond par des petites phrases, par des abréviations comme nous le voyons chez le malade de l'observation I. Il parle en langage « petit nègre » et d'une voix zézayante, d'un ton plaintif et enfantin. Il tutoie généralement son interlocuteur et on est frappé de trouver dans son langage les mêmes intonations, les mêmes inflexions de voix que dans celui des enfants; L'écriture est également modifiée dans le même sens; les lettres gauches, mal formées, dénotent une main de débutant inhabile et inexpérimentée. Le malade écrit comme un débutant, qui s'exerce gauchement à représenter les caractères d'un modèle.

Les opérations intellectuelles sont en général très restreintes : le malade n'a aucune initiative, il est incapable de suivre une conversation sérieuse et on n'arrive à captiver son attention qu'en lui parlant des choses qui intéressent les enfants. Il exprime ses pensées d'une façon puérile et le contraste entre ses pensées exprimées immédiatement l'une après l'autre révèlent la mobilité extrême des idées. Cette mobilité

d'idées on la retrouve également et surtout dans les écrits et les lettres du malade.

Tel est, exposé d'une façon sommaire, le tableau clinique d'un malade atteint de puérilisme mental. L'examen physique révèle chez ces malades, des troubles vaso-moteurs comme dermographisme, cyanose et refroidissement des extrémités, de l'exagération de la réflectivité tendineuse, de l'anesthésie cornéenne et pharyngienne, et en général on peut rencontrer tous les symptômes qui s'observent dans tous les états névropathiques ou hystériques.

La durée du puérilisme est très variable suivant les cas. Quelquefois très courte, d'autres fois plus longue, affecte dans d'autres cas une évolution très lente et peut même affecter une allure chronique.

La marche et le pronostic du puérilisme sont étroitement liés à l'évolution et le pronostic des autres manifestations morbides, auxquelles celui-ci est presque toujours combiné et notamment à l'évolution et le pronostic de la confusion mentale.

Le diagnostic est en général, aisé. Les symptômes que nous avons énumérés sont faciles à reconnaître lorsque le puérilisme existe seul, chose qui se rencontre rarement, comme nous l'avons déjà dit. Mais, même dans les cas, où il est combiné à d'autres manifestations morbides, il est toujours possible de distinguer ce syndrome dans les différents complexus cliniques dont il fait partie.

Il n'y a qu'un état morbide qui pourrait, à première vue, être confondu avec le puérilisme. C'est : l'infantilisme. Cette affection est caractérisée par une

anomalie du développement physique, qui s'accompagne d'un retard ou arrêt du développement mental. Seule, cette définition suffit à différencier le puérilisme de l'infantilisme. Le développement physique du puéril est normal et en rapport avec son âge, tandis que l'infantile présente certains caractères particuliers au point de vue somatique, qui sont le résultat de l'arrêt de son développement physique, comme : aspect puéril, système pileux pas ou peu développé, organes génitaux rudimentaires, timbre de voix enfantin, etc. En plus, l'infantile a toujours présenté les caractères qui le distinguent, sa mentalité n'a jamais dépassé le stade de l'enfance ; le puéril a été, au contraire, antérieurement un être normal, a eu la mentalité de l'adulte, et ce n'est qu'à l'occasion de la cause, qui a provoqué le puérilisme, que sa personnalité psychique a été modifiée.

Meige, parlant en 1902 de l'infantitisme, résume ainsi les troubles mentaux, notés chez l'infantile : « Légèreté, naïveté, pleurs et rires faciles irrascibilité prompte, mais fugace, tendresses excessives, impulsions irraisonnées. Sans nier, qu'on peut observer ces troubles chez le puéril, il est facile de constater que l'état mental de ce dernier est beaucoup plus complexe.

CHAPITRE III

Historique.

Le puérilisme mental était à peu près inconnu, avant les observations publiées par Dupré, de 1901 à 1903, et avant sa communication au Congrès de Bruxelles. C'est, comme nous l'avons déjà vu, depuis cette époque-là qu'on donne à cette modalité particulière des altérations de la personnalité, le nom de « puérilisme mental », et c'est depuis ce moment-là que le puérilisme a été nettement distingué comme un état psychique spécial, comme un état psychopathique particulier.

Depuis longtemps, cependant, plusieurs auteurs avaient publié des faits analogues, mais qui étaient interprétés d'une façon différente. Ces observations, retrouvées dans la littérature médicale, ont été réunies et exposées dans la thèse de Soullard, sous l'appellation : Observations historiques.

Nous en donnons ici un exposé sommaire :

Le premier fait cité, très curieux du reste, est l'histoire de Jeanne Féry, religieuse, professe au couvent de Mons, âgée de 25 ans et « possédée du maling esprit » (1584). Cette observation fut rapportée par Bourneville, en 1886, qui considère Jeanne Féry

comme une hystérique, qui a présenté un dédoublement de la personnalité. Cette altération de la personnalité qui aurait duré plusieurs jours paraît être un type parfait de puérilisme. Ainsi, après une attaque d'hystérie, la religieuse fut remise « en vraie simplesse d'enfance ». Elle avait « tel entendement et maintien qu'une enfant de quatre ans, du tout ignorante », « elle s'admiroit grandement à la guise des enfants ». Parlant de l'attitude de cette femme, en face d'un petit tableau, l'auteur rapporte : « elle commença à l'habiller et vestir de petits drapeaux, le joignant à son sein, comme si elle eut voulu lui donner le tétin ».

Le second fait est cité dans le livre de Carré de Montgeron sur la « Vérité des Miracles ». L'auteur, parlant des convulsionnaires de Saint-Médard, qui n'étaient que des hystériques, remarque que plusieurs convulsionnaires, même d'un âge très mûr, et quelques-unes d'un caractère très grave, se trouvaient quelquefois dans un état surnaturel d'enfance. « On voit tout à coup un air enfantin se répandre sur leurs visages, dans leur geste, dans l'attitude de leur corps, dans leur ton de voix, dans toutes leurs façons d'agir. Il semble donc, suivant cette description succincte, que ces convulsionnaires présentaient des accès rappelant d'une façon assez nette l'état de puérilisme.

Mabille et Ramadier rapportent en 1888 l'histoire d'un grand hystérique, Louis V, qui fut observé à plusieurs reprises par différents auteurs comme cas de dédoublement de la personnalité (Cammuset,

Jules Voisin, Bourru et Burot, etc.). Ce malade présentait après une scène d'hystéro-épilepsie des déroutements de sa personnalité, survenus par accès subits et éphémères et dont la durée n'était que de quelques heures avec retour spontané ou provoqué à la personnalité vraie. Le malade semble relire sa vie passée en oubliant les autres périodes de son existence, s'arrête parfois pour se fixer à certaines époques de sa vie et notamment à son enfance, en en revêtant le caractère physique et moral. Cette observation paraît être un cas fruste de puérilisme se manifestant par des crises légères et passagères.

Enfin le dernier de ces faits est l'observation d'Albertine M..., citée par Pitres dans ses études sur le délire ecmnésique. Cette malade, dans une de ses attaques délirantes, qui ne sont, suivant Pitres, que des attaques d'hystérie d'une forme particulière, se croyait à la campagne, occupée à garder la vache de sa nourrice, comme elle faisait à l'âge de 7 ans. Elle se conduit absolument comme si elle avait cet âge, elle parle le « patois » ne comprenant pas, comme elle dit, la langue des messieurs de la ville; murmure des chansonnettes, ramasse des fleurs au bord de la route, interpelle les gamins du village, etc. M. Pitres fait remarquer que Alb. se croit petite fille, « ses gestes, ses expressions, ses pensées sont celles d'un enfant ». Redevenue dans son état normal, la malade n'avait aucun souvenir de ce qu'elle avait fait et dit pendant toute la durée de l'attaque.

Après l'exposition de ces faits, nous donnons un résumé des observations publiées par Dupré et ses élèves.

La première de ces observations est celle publiée par Dupré et Devaux en 1901. Il s'agit d'un alcoolique, âgé de 34 ans, qui a présenté des signes de tumeur cérébrale à la suite d'un traumatisme du front. On a noté chez ce malade, en dehors des symptômes habituels des tumeurs cérébrales, des troubles psychiques se résumant en : affaiblissement démentiel très lentement progressif, mais surtout obnubilation intellectuelle, torpeur et affaiblissement des sphères affectives et volontaires ; en plus : puérilisme mental. Le puérilisme, chez ce malade, se manifestait par des réactions d'impatience et d'entêtement à propos des faits courants de la vie quotidienne, « futiles dans leur motif, naïves dans leur expression et disproportionnées dans leur intensité » par l'emploi de locutions et de formules enfantines dans le langage, par la nature enfin puérile de ses désirs et de ses occupations. Il existe un contraste frappant entre l'âge et les allures du malade. Celui-ci a donc présenté, parmi les autres troubles psychiques, accompagnant l'évolution de sa tumeur cérébrale, du puérilisme, dont il offre un exemple évident.

Quelques mois après, en décembre, 1901, Dupré et Garnier publient, dans un article intitulé : puérilisme mental paroxystique, l'observation d'une jeune femme hystérique prédisposée aux accidents cérébraux par ses antécédents héréditaires et personnels, alcoolisme, surmenage, chagrins, qui présenta brusquement à la suite d'une attaque convulsive une crise de puérilisme d'une durée de quinze jours environ. Le puérilisme, chez cette malade, fut accompagné

d'un état de stupeur confuse et d'indifférence complète, entrecoupé de temps à autre par des hallucinations visuelles et auditives, relatives à ses enfants, etc.

En 1903, Dupré et Jean Camus publient l'observation d'une jeune hystérique, qui présenta une crise de méningisme, ayant duré une dizaine de jours. Le lendemain de la disparition des signes du méningisme et parallèlement à la régression du syndrome méningé, se développe progressivement un état mental particulier dont le caractère le plus frappant réside dans le puérilisme. On note donc, chez cette hystérique l'association de deux syndromes, l'un somatique : le méningisme, l'autre mental : le puérilisme, le second se développant au moment où le premier tend à disparaître.

De ce bref exposé des observations de puérilisme publiées jusqu'à cette date nous relevons un fait ; c'est que le puérilisme mental fut souvent observé chez des malades atteints d'une affection cérébrale organique, tumeur en particulier.

Déjà, depuis longtemps d'ailleurs, les auteurs français et étrangers parlant de la symptomatologie des tumeurs cérébrales ont noté, à côté des autres troubles psychiques, ce syndrome particulier, qu'ils désignent sous différents termes.

Ainsi, Brissaud rapporte : c'est un simple retour à l'enfance, moins la vivacité des impressions et la curiosité de l'enfant.

Cestan et Lejonne ont noté ce trouble mental en insistant sur la puérilité de leur malade.

Gowers, citant la symptomatologie des tumeurs cérébrales, parle de cet état spécial, le désignant sous le nom de *childishness*...

Canonne d'Angers publie en 1904, dans *l'Anjou Médical*, l'observation d'une enfant de 6 ans, qui brusquement a présenté une paralysie faciale, qualifiée par l'auteur d'hystérique; au bout d'un certain temps et alors que la paralysie devenait moins apparente, l'auteur observe des troubles nerveux, rire convulsif et succession de bâillements. En même temps, les manières de l'enfant se modifient sensiblement; elle pousse des exclamations sans motif; elle redevient *bébé*; elle s'amuse, dit sa mère, comme quand elle avait deux ans. Cet état disparaît au bout de quelques jours. L'auteur conclut que cet enfant avait présenté une régression de sa personnalité psychique à une époque antérieure de son existence.

Un cas analogue est cité dans la thèse de Soullard. Il s'agit d'une malade de Dûpré, âgée de 16 ans et d'un niveau intellectuel élevé, qui à la suite d'accidents de bromisme, au cours d'un traitement antiépileptique, présenta une régression de sa personnalité vers l'enfance, « employait des locutions et des formules enfantines et manifestait des tendances et des goûts puérils ».

Soullard dans sa thèse en 1904, résumant toutes les observations publiées jusqu'alors, conclut que le puérilisme apparaît isolément ou combiné à d'autres troubles psychiques, que son étiologie reconnaît les causes occasionnelles les plus variées, états hystériques, intoxications, lésions organiques cérébrales,

et qu'il échappe à toute tentative d'explication pathogénique positive.

En 1909, Charpentier et Courbon font une revue générale de la question dans un remarquable travail d'ensemble intitulé : *Le puérilisme mental et les états de régression de la personnalité*. Le puérilisme mental est défini par eux comme un syndrome caractérisé par la présence anormale d'une mentalité infantile. Se basant sur les données antérieures relatives à ce syndrome et sur plusieurs observations publiées par eux-mêmes, ils distinguent deux variétés principales de puérilisme :

1° Le puérilisme confusionnel d'origine toxico-infectieuse et caractérisé par un état confusionnel aigu, transitoire, véritable délire onirique hallucinatoire ; c'est l'alternance de deux personnalités par régression. C'est dans cette variété qu'ils font entrer le puérilisme dit hystérique, décrit par les auteurs précédents.

2° Le puérilisme démentiel qui est un état chronique, lié à l'affaiblissement intellectuel et aux progrès de l'amnésie ; c'est une aliénation de la personnalité par régression.

A côté de ces deux principales variétés de puérilisme, ces auteurs placent une troisième catégorie : le puérilisme constitutionnel, qui serait un stigmate de débilité, d'arriération mentale, d'arrêt du développement intellectuel ; essentiellement chronique par conséquent, il n'est pas un trouble de la personnalité, c'est la personnalité elle-même.

En 1911, Dupré, à propos d'un cas de puérilisme

mental chez une maniaque, s'élève contre l'idée d'une classification nette et absolue. Estimant que le puérilisme consiste en un état mental, dédoublé d'une attitude qui relève de l'imagination reproductrice, il considère que les conditions nécessaires de son apparition sont d'abord les tendances mythopathiques constitutionnelles du terrain et d'autre part la faiblesse ou l'affaiblissement temporaire ou définitif des éléments de contrôle et de correction de l'automatisme imaginatif, cette dernière condition étant réalisée soit par le rêve, l'onirisme et la confusion mentale, soit par les états de suggestion et de monoïdéisme, soit par la démence avec troubles profonds de la mémoire et désagrégation de la personnalité, soit enfin par la débilité mentale.

En 1910, Tomasini constate deux cas de puérilisme mental, le premier chez une démente précoce à fond hystérique; où le puérilisme est resté transitoire, l'autre chez une malade atteinte d'une sclérose en plaques avec troubles mentaux. L'auteur conclut que cet état, qui est dû à une intoxication endogène, peut être permanent ou transitoire et semble en relation avec les états hystériformes.

Capgras et Terrien publient dans la même année l'observation d'une débile présentant un état de puérilisme mental, lié à une idée fixe obsédante, la nostalgie.

Enfin, l'observatioa de Livet publiée en 1914, relative à un cas de puérilisme mental avec syndrome de Ganser chez une ancienne maniaque, apporte une dernière contribution à l'étude du puérilisme mental avant la guerre actuelle.

Depuis le début de la guerre jusqu'à nos jours, plusieurs cas de puérilisme, consécutifs à des chocs commotionnels ou émotionnels ont été publiés par différents auteurs.

Parmi ces cas, deux observations en particulier ont retenu notre attention : l'une publiée par M. René Charpentier, l'autre par Charon et Halberstadt.

Ces deux observations, empruntées comme nous l'avons mentionné à la *Revue Neurologique* sont publiées in-extenso dans le chapitre suivant.

Les autres cas, publiés notamment par Bonhomme Laignet, Lavastine et autres, se rapportent à des cas de puérilisme fruste bien moins nettement accusé. Nous ne faisons que les mentionner à notre bibliographie.

DEUXIÈME PARTIE

Nous venons de faire dans la première partie de cet ouvrage la psychologie générale du puérilisme.

Nous avons exposé les opinions généralement admises sur cette régression spéciale de la personnalité.

Il nous reste à développer les observations qui nous ont permis d'apporter notre contribution à l'étude du puérilisme au cours des psychoses de guerre et à en étudier la pathogénie.

C'est ce que nous proposons de faire dans les chapitres suivants.

CHAPITRE PREMIER

Observations.

OBSERVATION I.

Puérilisme mental au cours d'une psychose post-commotionnelle.

Par CHARON et HALBERSTAD.

G..., âgé de 21 ans, entré au centre militaire psychiatrique d'Amiens le 21 juillet 1916 ; évacué sur l'intérieur le 17 août 1916.

Antécédents héréditaires : un oncle et un cousin aliénés.

Antécédents personnels : a été un enfant normal. Vers l'âge de 14 ans, a commencé à éprouver des difficultés dans ses études. A la même époque, survinrent des crises nerveuses qui durèrent pendant deux ans environ. L'enfant perdait connaissance, tombait à terre et avait des convulsions ; nous n'avons pu avoir des renseignements précis sur la fréquence des accès ; ils ont été probablement assez rares, car à 18 ans, G... a pu devenir bachelier. Il devait suivre les cours d'une Faculté lorsque la guerre éclata. Officiellement il est porté comme exerçant la profession d'étudiant. Depuis qu'il était en campagne (dans les chasseurs alpins), il avait déjà pris part à plusieurs combats. Il fut ébouillanté une fois par des liquides enflammés, mais sans conséquences graves.

Début. G... nous est amené le 21 juillet. Il fut atteint de troubles mentaux à la suite d'un éclatement d'obus tout près de lui. Nous n'avons pu obtenir des renseignements circonstanciés sur les premiers moments de la psychose.

Ce que nous pouvons affirmer, c'est qu'il s'agit d'un début brusque, à la suite d'une déflagration d'explosif.

Examen à l'entrée. Le malade est assoupi; parfois il prononce comme dans une crise des mots détachés, en général toujours les mêmes : « Alsace..., du feu..., du sang..., de la neige...; je souffre... ». Il y a très peu de variations.

Il parle à voix basse, avec un air d'anxiété. Il paraît halluciné, les yeux regardent fixement au loin, il semble écouter quelque chose. Nous ne pouvons obtenir de réponses précises aux questions; à part des paroles isolées dont nous venons d'indiquer les principaux échantillons, c'est le mutisme complet. Au point de vue somatique, on note les troubles suivants : faiblesse physique considérable, difficulté de marcher sans aide, exagération des réflexes patellaires, douleurs dans les membres et céphalées.

Puérilisme. Pendant plusieurs jours G... reste dans cet état d'assoupissement. A un moment donné on lui entend dire : « Lait, pain ». Jusque-là il ne demandait jamais rien lui-même. Il fallait lui offrir aliments et boissons. Puis l'anxiété et la démarche lente et difficile disparurent, et c'est alors que peu à peu s'installa le syndrome du puérilisme.

G... maintenant court plutôt qu'il ne marche. Parfois, imitant le cheval, comme le font les enfants, il galope et gambade. Monté sur une petite barre, il fait semblant de pédaler. Ce dernier trait a été, du reste, le premier qui ait attiré l'attention sur ses attitudes enfantines. Pour aller aux cabinets, ne le fait pas comme tout le monde, mais traverse les salles en sautillant. Presque toute la journée, G... reste au lit. Les moments, où il se lève et se conduit alors de cette façon puérile sont de courte durée. Il n'aime pas s'asseoir ou se promener au jardin. Ces faits montrent bien qu'il y a encore un certain degré d'anesthésie. Au lit, G... passe son temps à des occupations puériles, dont nous allons énumérer quelques-unes. Il fait avec du papier de petits bateaux, qu'il garde soigneusement dans une petite boîte en métal, où se trouvent encore toutes sortes d'objets : de petits morceaux de pain, un bout de miroir, etc. Quand on veut la lui enlever proteste et la serre contre sa poi-

trine ; son regard est alors puéril et anxieux. Si on la lui prend, commence à pleurer à chaudes larmes ; parfois au passage des infirmiers leur tire la langue ; plusieurs fois nous l'avons vu faire semblant de jouer du clavier sur ses doigts ou avec sa fourchette. Il sourit et vit comme un enfant. Son langage est des plus curieux à observer. Le puérilisme éclate d'une façon manifeste. La mère du malade étant venue plusieurs fois le voir dans le service, il en parle comme un petit garçon : « Maman a dit... être sage..., bien manger..., puis guérir et aller à la maison. »

Il se sert volontiers de tournures de phrases enfantines : « Moi, beaucoup manger, moi laisser pousser la barbe, moi être comme un homme. » Parle souvent de bonbons, de « colat » (au lieu de : chocolat). Emploie parfois aussi d'autres abréviations, ainsi, par exemple, pour les noms des infirmiers. A notre question : où il a passé son baccalauréat ? répond : « peller » pour Montpellier. Quelquefois parle correctement. Nous lui demandons pourquoi il abîme les murs de la salle (en y creusant une petite niche) et s'il ne va pas bientôt cesser, et il nous répond : « C'était pour m'amuser, puis ajoute : « Mais je ne le ferai plus, maman ne le veut pas ».

Symptômes concomitants. On note parfois un entêtement pathologique à ne pas répondre à la question posée, à retarder la réponse, ou parfois à répondre de travers ou bien à côté de la question. Quelquefois le malade donne d'abord un renseignement inexact, puis sourit et répond d'une façon juste. Il y a une étrangeté marquée dans sa façon de parler. Exemple : Combien font 8×9 ? — Réponse : septante-deux. — Depuis quand es-tu ici ? — Réponse : Longtemps, et malgré notre insistance, c'est tout ce que nous pouvons obtenir de lui. Il n'y a ni désorientation (ces examens réitérés nous l'ont prouvé), ni délire, ni hallucinations. Signes somatiques : pouls à 72 ; très léger souffle mésosystolique ; sensibilité normale ; réflexes patellaires légèrement exagérés ; pas de troubles moteurs ; pas de troubles oculaires, céphalées.

En résumé : après une phase de confusion mentale avec troubles sensoriels, comme on en observe couramment dans

les psychoses commotionnelles, le soldat G..., homme instruit et normal dans la vie civile (bachelier), et encore tout récemment combattant sur le front, présente toute l'attitude d'un enfant, dont il adopte le langage, les occupations, en un mot toute la manière d'être.

OBSERVATION II.

Un cas de puérilisme mental au cours des opérations de guerre. Contribution à l'étude des psychoses émotionnelles.

Par René CHARPENTIER.

Le soldat L... du ... régiment d'infanterie, âgé de 31 ans, exerçait avant la guerre la profession d'instituteur. Cette circonstance facilite la comparaison entre ce qu'il est et ce qu'il fut.

Son père, instituteur également, est un « nerveux », un coléreux ». Il présente du tremblement. Lui aussi, dans sa jeunesse, fut obligé d'interrompre ses études pendant un an, à l'occasion de troubles nerveux. Il habite actuellement un village de la zone occupée par l'ennemi.

L... fut toujours un nerveux ; à 19 ans il interrompit ses études pendant quelques mois, à la suite de « surmenage intellectuel ». Plus tard, alors qu'il était instituteur, un père de famille étant venu un jour dans sa classe lui faire des reproches, L... rentra chez lui, ne voulant plus reprendre sa fonction et se mit au lit refusant de se lever. De même que son père, il s'est toujours montré un hyperémotif, avec tremblement facile, troubles vaso-moteurs, tendance à la dépression et surtout à l'angoisse. Il présente très marqué ce que M. Dupré a décrit sous le nom de « constitution émotive ».

L... est marié, père d'un enfant, né peu de temps avant la guerre... La mère et l'enfant sont restés en pays envahis.

Son année de service militaire et deux périodes d'instruction militaire ayant été accomplies normalement, L... fut mobilisé le 2 août 1914 dans la réserve de l'armée active. Son frère servait dans le même régiment d'infanterie que lui.

Par des incidents qui se seraient produits lors d'une attaque à la baïonnette, lors aussi de la constitution d'un peloton d'exécution dont il devait faire partie et dans lequel il fallut le remplacer au dernier moment, L... manifesta bientôt sous la dépendance de son hyperémotivité, son inaptitude à servir dans les armes combattantes.

Dès le 11 octobre, à la suite d'un bombardement, L... fut évacué pour troubles nerveux sur un dépôt d'éclopés selon les dires de l'un de ses parents, médecin aide-major, L..., peu après son évacuation, demanda spontanément à rejoindre son corps pour ne pas être séparé de son frère.

En l'absence de renseignements plus détaillés, il est aisé de se représenter dans quelles conditions de résistance psychique, L... vint reprendre sa place à la compagnie... Le moindre incident devait déterminer le déséquilibre d'une émotivité si fragile et non encore remise d'un choc récent.

C'est alors que se produisit l'émotion-choc, cause déterminante des troubles actuels, L... en arrivant au corps demanda son frère qu'il avait tant désiré rejoindre. Pour toute réponse, un camarade inconscient et brutal lui montra brusquement une tombe récente, d'où les pieds d'un cadavre apparaissaient dans la terre fraîchement remuée, en lui disant : « Ton frère, tiens, il est enterré là ! Il n'existe malheureusement aucune pièce médicale détaillant les symptômes immédiats, et le malade en a perdu totalement le souvenir. La fiche d'évacuation sur l'intérieur, datée du 22 novembre 1914, porte : *Crises nerveuses, tremblements du membre supérieur droit*. Le billet d'hôpital, rédigé à Nice (hosp. aux. n° 8), où le malade arriva le 25 décembre 1914, porte : « Tremblements nerveux avec état psychique, suite d'émotions sur le front, bronchite légère, confusion mentale. »

Le 12 février 1915, L... fut transféré à l'H. O. T. n° 13 à Nice, présentant des « crises nerveuses violentes » et du « tremblement hystérique unilatéral » soigné par la balnéation (deux bains tièdes par jour) et la bromuration (jusqu'à 6 gr. de KBr *pro die*). Il quitta cet hôpital le 1^{er} juillet 1915 avec le diagnostic « Confusion mentale, désorientation complète, amnésie ».

Quelle que soit l'insuffisance des renseignements que nous avons pu obtenir sur ce séjour hospitalier de six mois, on peut en retenir cependant la coexistence de confusion mentale avec désorientation et amnésie et de manifestations psycho-névropathiques, tremblements et crises nerveuses violentes de nature indéterminée. En outre l'origine émotionnelle des troubles est également signalée dès le premier billet hospitalier.

Après six mois d'hospitalisation, L... obtient à Nice, le 3 juillet 1915, un congé de convalescence de trois mois et vint les passer à X..., chez un cousin, médecin, à qui nous sommes reconnaissants des renseignements donnés sur le passé du malade et sur son état pendant son congé de convalescence.

Ce congé fut renouvelé successivement jusqu'en juillet 1916. Il dura donc un an. Les certificats de visite successifs portent tous comme diagnostic : *Confusion mentale et dépression nerveuse et mentale*.

Les renseignements obtenus, en particulier ceux fournis par l'enquête de gendarmerie à laquelle il fut procédé, et par la famille permettent d'établir que, pendant cette année de congé, l'état de L... fut celui dans lequel nous avons pu l'observer au service central de psychiatrie de la 18^e région, où il fut envoyé le 18 juillet 1916 pour « examen et avis », et où il y séjourna pendant trois mois et demi. C'est cet état actuel que nous allons maintenant décrire.

L... est âgé de 31 ans. Il a l'aspect physique d'un homme de son âge normalement constitué. Son état général est médiocre, il est pâle et amaigri. Son attitude dès l'abord exprime la timidité et la crainte. Il s'avance lentement vers l'interlocuteur, la tête baissée, le dos légèrement voûté. Les yeux interrogateurs et inquiets, ne répond aux questions qu'à voix basse, en tremblant au moindre bruit extérieur; à la moindre élévation de voix, à tout ce qu'il peut interpréter comme une menace il manifeste sa frayeur.

Au contraire, quand on lui parle doucement et affectueusement, il répond aux questions qu'on lui pose et sollicite bientôt spontanément les marques d'affection qu'il quémande comme un enfant.

Dès que l'on cause avec lui, on est frappé de son parler enfantin, tremblant, bégayant. Les phrases sont courtes, hâchées. Le ton du discours et le choix des mots accentuent encore la ressemblance avec le langage d'un enfant. L... ne parle de ses parents qu'en disant : « mon papa, ma maman ».

L'écriture présente les mêmes caractères que la parole. Tant au point de vue des caractères psychographiques que des caractères calligraphiques elle exprime bien le puérilisme habituel du langage. L'écriture est tremblée, les lettres sont maladroitement formées. Cet instituteur, habitué à enseigner l'écriture aux enfants, écrit comme un débutant, qui s'exerce gauchement à reproduire les caractères d'un modèle. Les trois dernières phrases du spécimen ont été écrites spontanément par le malade en réponse à ces questions : Ecrivez ce à quoi vous pensez le plus souvent, ce que vous désirez le plus ! on remarquera la réponse :

« Mon papa est prisonnier à M..., Je veux le voir, mon papa ». « J'aime jouer avec les enfants et les oiseaux ».

La mobilité des idées révélée par le contraste entre ses pensées exprimées immédiatement l'une après l'autre, est aussi puérile que ses pensées elles-mêmes, et la forme de leur expression.

Dans une autre lettre, écrite le 3 septembre 1916 et adressée à sa cousine. L... s'exprimait ainsi :

« Monsieur X... ressemble à mon cousin, il n'est pas méchant et parle tout bas. Tu ne dira (*sic*) pas à papa que j'ai jeté de l'eau à la bonne parce que tu sai (*sic*) quand il est contrarié, il est malade. Tu ne dira (*sic*) pas que, etc. ».

Les dessins, faits par le malade spontanément pour le distraire, sont tout à fait semblables à des dessins faits par un jeune enfant. Leur naïveté, leur maladresse, leur inspiration se passent de commentaires.

Sur un spécimen d'écriture, on remarque que, prié d'abord d'écrire son nom, la date, le lieu de sa naissance, le malade a répondu : L... Gaston, né à D... (Nord), 14 ans.

Interrogé sur son âge, L... répond toujours : « 14 ou 15 ans ».

Lorsqu'à sa sortie de l'hôpital de Nice, en juillet 1915, L... arriva chez sa cousine, en congé de convalescence, il se refusa absolument à reconnaître qu'il était marié et qu'il était père d'un enfant. Lorsqu'on lui montrait la photographie de sa femme et de son bébé, il refusait de les regarder. Actuellement encore, alors qu'il parle toujours, et en pleurant, de son « papa » et de sa « maman », il ne parle jamais de sa femme ni de son enfant.

Lorsqu'on insiste pour lui faire redire son âge, il répond :

« J'ai 14 ans, mais, quand je le dis, on se moque de moi. »

Une autre fois il ajoute :

« Ma cousine dit que je suis de son âge, elle a 30 ans. Je ne peux pas croire que j'ai 30 ans. Je crois que je vais retourner à l'école pour m'instruire. Je crois que j'ai 14 à 15 ans. »

« Je sens, dit-il encore, que je ne puis plus grandir. Je ne deviendrai jamais un homme. »

Un jour que nous insistions sur son mariage, il nous répondit :

« Ma cousine dit que j'ai été marié. Je ne peux pas le croire. »

Si l'on remarque que seize mois se sont écoulés depuis le jour où L..., rentré dans la famille, a entendu parlé de sa femme et a vu sa photographie, bien léger apparaîtra le doute levé dans son esprit par de nombreuses expériences, bien rudimentaires paraîtront les progrès de la rééducation.

Donc L... se dit âgé de 14 à 15 ans, nie son mariage et toute sa vie d'adulte et se refuse à y croire.

Nous avons déjà vu que son attitude, son langage oral et écrit sont rigoureusement l'expression de cette conviction. L... ne s'en départit pas un instant.

Pendant les trois mois et demi que nous avons pu l'observer et, autant qu'on en peut juger, pendant l'année de son congé, toutes les manifestations de son activité, toutes ses réactions, à tous les moments et dans toutes les circonstances, furent adaptés à sa mentalité d'enfant. Les personnes les moins prévenues à qui on le confiait pendant

quelques instants pour le promener ou le distraire le ramenaient en disant : « C'est comme un enfant ».

Dans le service il se tenait généralement à l'écart des autres malades.

« Je voudrais toujours voir personne, j'ai toujours peur, peur du bruit.

« Je voudrais toujours être avec des hommes bons, des hommes qui ne crient pas. Chez ma cousine je n'osais pas sortir, j'avais toujours peur qu'on me regarde. J'avais toujours peur des femmes. Je suis toujours tout seul ; les autres sont plus grands, sont plus forts. Je voudrais toujours qu'on me dise qu'on m'aime. J'aime à m'amuser tout seul, ou avec des enfants. Quand je vois un monsieur, je crois que je vois mon papa... Je ne me plais plus qu'avec les enfants, les tout petits, dit-il. »

Très doux, très docile, il aide volontiers la religieuse aux soins du ménage lorsqu'elle le lui demande.

A table, il manifeste parfois une satisfaction immotivée devant certains plats, mais toujours avec timidité et appréhension.

Le tonnerre l'effraye, d'ailleurs tout l'effraye.

Lorsqu'on veut l'examiner, il est comme un enfant dont on veut regarder la gorge.

« Quand j'ai peur, dit-il, j'ai mes oreilles qui bourdonnent et j'ai un poids ici (il montre ses épaules), et j'ai mon cœur qui bat. Je saute dans mon lit, je tremble.

La tachycardie est habituelle.

Pénétrant à des heures variables et en dehors des heures habituelles du service médical dans le pavillon où il est hospitalisé, afin d'observer son attitude, on peut noter ses occupations et ses jeux. En voici quelques exemples :

Habituellement seul dans un angle de la cour, assis au pied d'un arbre, il ramasse des cailloux autour de lui, joue avec, essaie de « construire une maison », ou bien il fait des traits de crayon sur des images. Un jour il demande un « album... avec un cheval en couleurs et à côté un cheval qui ne l'est pas... pour le colorer, moi... »

« Seulement, faut souvent que je change de jeu », déclare-t-il spontanément. Mais surtout, il fait sa compagnie des

animaux, que sa douceur attire, les chats par exemple. Un infirmier lui ayant donné deux petits oiseaux, L... tenta de les élever dans une cage ; il y réussit pendant quelque temps. Il ne s'en séparait pas, les soignait, leur donnait la becquée sur ses genoux, les emmenait partout avec lui, même en promenade. Lorsque l'un d'eux fut écrasé et que l'autre peu après périt, ce fut pour L... un grand chagrin. Pour l'en consoler, la religieuse lui donna une poule, dont il fit sa compagne et qu'il emmena lorsqu'il quitta l'hôpital pour rentrer chez sa cousine.

Un autre jour, une petite jeune fille de 4 ans, étant venue voir son père, militaire en traitement dans le service, L..., après quelque hésitation, vient la prendre par la main, se promena et joua avec elle et, comme elle, avec des fleurs, des jetons à faire des constructions. Ce jour-là il était animé, presque souriant, lui habituellement si triste et si lent.

Chez sa cousine, il vivait constamment avec deux jeunes enfants, dont il partageait tous les jeux.

Un jour, à la fin du mois de juillet, je le trouvai jouant au cheval dans la cour, monté sur le dos d'un autre malade atteint d'hypomanie.

Le 8 septembre, de nouveau, j'assistais d'une façon inattendue à la même scène. L... était le « cavalier » d'un infirmier du service, qui avait bien voulu se prêter à ce jeu.

Un jour enfin (il serait fastidieux de multiplier ces exemples), je trouvais L... assis dans un coin, en larmes, mordillant un angle de son mouchoir comme un enfant boudeur. Interrogé sur la cause de son chagrin, il me montra une autre malade, qui recevait en ce moment même la visite de sa famille, et me dit dans un sanglot : « Pourquoi qu'il voit sa maman, et que la mienne ne vient pas me voir ? ».

Ce puérilisme, que reflètent constamment l'attitude, l'expression mimique, le langage et les actes du malade, s'accompagne d'un certain nombre d'autres symptômes. Le plus apparent de tous, est la dépression psychique. L... est, nous l'avons dit plus haut un ralenti, un triste, un isolé. La tristesse chez lui, est habituelle. Ce n'est qu'exception-

nellement, sous l'influence de jeux ou de la société d'un enfant, qu'on voit sa physionomie s'éclairer un peu. L... se plaint fréquemment d'être triste, donnant pour cause à son chagrin le désir de voir « son papa et sa maman » retenus en pays actuellement occupé par l'ennemi, la crainte d'être « orphelin ».

La céphalée est constante.

Le tremblement est généralisé, d'amplitude variable, irrégulier, mais incessant. Il augmente considérablement sous l'influence de l'émotion et présente alors des paroxysmes, véritables « tressaillements » pour employer l'appellation évocative que leur a donné Henri Maige. Il ne s'accompagne pas de trémophtobie. Rappelons que ce tremblement s'était déjà manifesté, antérieurement à la guerre, chez le sujet et chez son père.

Les troubles de la mémoire sont très importants. L'amnésie est à la fois lacunaire, rétrograde et antérograde. La période amnésique, très étendue, peut être partagée en deux périodes antérieures ou postérieures au choc émotionnel et à l'éclosion du syndrome psychonévropathique :

1° Une période de plusieurs mois suit le choc émotionnel et comprend presque tout le séjour hospitalier antérieur au congé de convalescence (décembre 1914 à juillet 1915).

Immédiatement après le choc, il y a lacune complète. Il a été impossible de savoir par le malade les dates et les lieux de son évacuation ni ce qui s'est passé au début de son séjour hospitalier. Il ignore tout. Cette histoire a été reconstituée en dehors de lui. Les souvenirs de L... reparaissent peu à peu, vers la fin de ce séjour et à mesure qu'on évoque des mois de plus en plus rapprochés du moment présent. Ils sont totalement inexistants pour les jours qui suivent le début du syndrome, rares pour les mois suivants. L'amnésie est ainsi antérograde.

2° Une période d'amnésie rétrograde débute dès ce choc initial et remonte à peu près, jusqu'à l'âge de 14 ou 15 ans, que le malade croit avoir encore. Cette amnésie rétrograde s'étend plus ou moins profonde sur une quinzaine d'années.

L... a oublié son mariage et la naissance de son enfant. Le fait est manifeste, non seulement à cause de ses affirma-

tions, mais aussi à cause de ses réactions. Le contraste est frappant qui existe entre les manifestations d'affection de L... à l'égard de ses parents et son silence complet à l'égard de cette femme et de cet enfant, qu'on lui dit être les siens. Il a oublié ce fait et ne croit pas ce qu'on lui en dit. L'amnésie est de moins en moins profonde alors qu'on s'éloigne du choc. L... qui a oublié son mariage, se rappelle avoir été élève à l'Ecole normale, mais sans que ses souvenirs assez vagues, suffisent à lui inciller des associations et à lui enlever la conviction qu'il a 14 ou 15 ans.

Cette amnésie rétro-antérograde est incomplète. De rares faits surnagent, insuffisants pourtant à grouper autour d'eux les autres souvenirs. L... est en partie conscient de son trouble de la mémoire, il dit lui-même : Je ne crois pas que j'ai été à la guerre, et aussitôt après « je ne me rappelle que les choses qui m'ont fait peur ». Il semble que, seules, les causes émotionnelles de l'affection aient subsisté.

Actuellement encore la mémoire de fixation est imparfaite. L... ne présente plus la désorientation complète notée en juillet 1915, mais il se trompe en indiquant le mois présent et sa mémoire est encore crépusculaire.

L'évocation des souvenirs correspondant à la lacune amnésique est impossible; elle est difficile pour la période qui suit ou précède immédiatement la lacune. La fixation actuelle des souvenirs est encore imparfaite.

L'automatisme onirique accompagne la confusion mentale et l'amnésie. Les rêves qui sont habituels pendant le sommeil, sont des rêves pénibles, des rêves d'enfant. « La nuit souvent j'entends mon frère crier » « je rêve toujours des cercueils ». Les rêves sont la continuation nocturne de l'état d'esprit puéril de L..., de ses préoccupations familiales, de ses frayeurs.

Les réflexes tendineux sont très vifs.

La sensibilité est exagérée d'une façon diffuse.

L'exagération de la réflectivité et de la sensibilité, la tachycardie, le tremblement, l'altération de l'état général sont les seuls symptômes physiques.

Les crises nerveuses, notées pendant son séjour à Nice, ne se sont jamais reproduites.

OBSERVATION III.

Personnelle.

Le soldat Ch , du 7^e d'infanterie, âgé de 37 ans, exerçait avant la guerre la profession de cultivateur.

D'après les renseignements fournis par ses parents, on ne trouve dans ses antécédents aucune tare pathologique.

Son père également cultivateur, âgé de 57 ans, bien portant, nullement nerveux. Sa mère âgée de 61 ans, en bonne santé, n'ayant jamais présenté le moindre trouble nerveux ou mental.

Deux de ses frères sont morts en bas âge.

Sept frères ou sœurs sont vivants et en parfaite santé. Personnellement, il n'aurait eu aucune maladie dans l'enfance, ni antérieurement à son service militaire. D'une instruction médiocre, il a appris à lire et à écrire. Au point de vue nerveux, on ne trouve rien d'anormal dans ses antécédents personnels. Ni coléreux, ni hyperémotif, ni susceptible. Ne présente comme élément de prédisposition, qu'une légère débilité mentale, mentionnée dans l'enquête de gendarmerie (faible d'esprit). Souffrait également de temps à autre de migraines et de « maux d'estomac ». Célibataire. Ne se livrait pas à des excès de boisson. Pendant son service militaire il contracte en mai 1908, après 8 mois de service, une pleurésie gauche, pour laquelle il est réformé. Retourné chez lui, il reste un an sans pouvoir travailler. Rétabli complètement, il a toujours présenté une bonne santé depuis.

Reconnu bon service armé en janvier 1915, part au front le 6 juin de la même année.

D'après l'enquête, sa conduite au front aurait été parfaite, il n'a jamais été un « peureux ».

Évacué une première fois malade le 7 novembre 1917.

Sur la cause de cette évacuation nous ne possédons malheureusement aucun renseignement.

Toutefois, après quelques semaines de traitement, il rentre au dépôt, repart au front le 14 août 1916, où il reste jusqu'au moment de l'évacuation, qui a marqué le début de son affection actuelle.

Évacué le 9 juin 1917 sur Bar-le-Duc avec la mention « en observation », il y reste jusqu'au 20 juin ; son billet d'hôpital porte comme diagnostic de sortie :

« Mutisme et troubles de la parole à la suite de *commotion par obus* ».

Après une convalescence de 25 jours, il retourne au corps.

D'après ses parents, pendant cette convalescence, Ch. parlait très difficilement, à mots entrecoupés, parfois il déraisonnait, restait souvent pendant plusieurs minutes les yeux hagards. Il disait : « J'ai été dans un trou d'obus ; je tuais des Boches. » Il tenait des propos bizarres et incohérents.

De retour au corps, et à la suite de la persistance de ses troubles, il est évacué de nouveau sur Bar-le-Duc pour *troubles mentaux*. Après un traitement de deux mois, il est évacué à l'intérieur le 5 octobre 1917 avec diagnostic :

« Affaiblissement intellectuel, puérilisme mental, pas de réaction du liquide céphalo-rachidien. »

C'est à cette date là que le malade entre à l'hôpital 197 bis, annexe du centre psychiatrique de Lyon.

A l'entrée : Le malade se trouve dans un état d'hébétude profonde. Couché, immobile, le regard vague, il ne prête aucune attention à ce qui se passe autour de lui, ne s'intéresse nullement aux faits et gestes de ses camarades, pas plus qu'à leur conversation.

Peureux, il sursaute au moindre bruit, et il manifeste sa frayeur à la moindre élévation de voix.

Il sait tout juste qu'il est à l'hôpital, mais il est incapable de donner le moindre renseignement sur les faits qui ont motivé son évacuation, les endroits où il a passé, etc.

A toutes nos questions, il répond par nonosyllabes, par des phrases courtes, entrecoupées, répétant d'une façon invariable les mêmes mots : « Moi, pas malade, pas méchant, moi aller permission ». On constate chez lui un langage puéril, rappelant d'une façon saisissante le parler « petit nègre ».

Impressionnable, peureux, pleure parce qu'on lui a retenu son argent à l'entrée à l'hôpital et se console lorsqu'on lui promet des « sous ».

Un mois après son entrée, il commence à se lever, son état de confusion s'est un peu amélioré. L'attention est meilleure, il est moins indifférent. Son visage est moins anxieux et on voit de temps à autre un sourire niais s'épanouir sur son visage. Il nous tutoie, ainsi que les infirmières. Il joue avec des petits drapeaux que ses camarades lui ont donnés. Il s'amuse à traîner toute la journée une petite auto, faite avec du raffia, que ses camarades lui ont offerte. Incapable d'une occupation sérieuse, il reste toute la journée assis à côté de son lit et s'amuse avec ses différents jouets.

Il sait son âge, mais il ignore la date de sa naissance.

Il est doux, calme, docile, et il boude quelquefois lorsqu'on le contrarie.

Son état physique est très bon, il dort assez bien, mais son sommeil est troublé par des cauchemars, des scènes de guerre, il a parfois des réveils en sursaut, des frayeurs nocturnes.

Au point de vue physique, il présente à l'examen de l'exagération des réflexes tendineux, des troubles vaso-moteurs : hyperhidrose, cyanose, refroidissement des extrémités, dermatographisme. Sa démarche est défectueuse, il écarte ses jambes pendant la station debout et la marche et plie incomplètement ses genoux. C'est une sorte d'astasia avec trépidation légère et rappelant d'une façon vague la démarche des cérébelleux. Il présente un tremblement des doigts, un léger tremblement de la langue.

La ponction lombaire n'a rien révélé d'anormal. Pendant son séjour dans le service, c'est-à-dire pendant six mois, son état s'est peu modifié. Lorsqu'il est sorti réformé, son état mental était sensiblement amélioré. Ce qui persistait toujours c'est les troubles de la mémoire consistant en une amnésie rétrograde incomplète, mais surtout en une amnésie lacunaire complète, s'étendant sur une période assez longue correspondant au moment de son accident et à son premier séjour au centre de Barc-le-Duc.

En résumé, Ch. qui n'avait jamais eu jusque là des accidents mentaux, a présenté à l'occasion d'une commotion cérébrale, dont les circonstances ne nous sont malheureusement pas connues, un état de confusion mentale avec troubles de

l'émotivité. Sur cet état s'est greffé le syndrome de puérilisme mental, reflété constamment par l'attitude, l'expression, le langage et les actes du malade.

OBSERVATION IV.

Parue dans le traité de M. Lépine « Troubles mentaux de guerre ».

X..., 35 ans, sous-officier, 8^e infanterie, fait un séjour de de plusieurs mois à l'hôpital 109, de Meyzieu, annexe du centre psychiatrique de Lyon.

Bien qu'il appartienne à une région de France très fortement alcoolisée, on ne trouve cependant pas dans ses antécédents des tares pathologiques connues. Il avait fait avant la guerre ses preuves de courage et appartenait au corps des gardiens de la paix d'une grande ville; avait l'habitude de la discipline et le sens du devoir très net.

D'après les renseignements recueillis, il a eu toujours depuis le début de la campagne une belle attitude au feu et pendant plusieurs mois de guerre aucune défaillance morale n'a marqué sa conduite. Un jour, il subit un choc commotionnel par éclatement d'obus tout proche et perd complètement connaissance. Reste dans un état de coma plus ou moins complet pendant plusieurs jours, et sort de ce coma pour présenter un état de confusion mentale extrême, confinant à la stupeur, qui dure plusieurs semaines. Au bout de cet intervalle, le malade sort péniblement de son état confusionnel, pour se trouver dans l'état suivant :

Apparence de lucidité relative; le malade reconnaît facilement ceux qui l'entourent; il sait qu'il est à l'hôpital, mais il est incapable de dire ce qui lui est arrivé et est complètement désorienté dans le temps. Il a oublié qu'il est marié et qu'il a des enfants, bien qu'il eut des sentiments familiaux normalement développés. Mais surtout, il ne parle qu'en langage « petit nègre », d'une voix enfantine, zézayante et sur un ton plaintif. Sa conversation spontanée ne porte que sur les actes élémentaires de la vie animale, il demeure inerte et indifférent. Puis il se met à jouer avec des morceaux de papier, faisant des petits bateaux, se fait une poupée avec

des linges et manifeste une vive contrariété lorsqu'on lui enlève ses différents jouets. La directrice de l'hôpital, qui s'est attachée à sa rééducation avec une patience digne d'éloges, lui a donné une poupée avec laquelle il joue et qu'il berce. Son jeu est maladroit, c'est celui de l'imbécile retardataire bien plus que celui de l'enfant normal. Il n'a aucune initiative. Jouer à la poupée, c'est un grand plaisir pour lui, tandis que les jouets des petits garçons, les jouets guerriers notamment, ne semblent lui faire aucun plaisir.

Le malade ne sait plus ni lire ni écrire.

Il ne paraît pas délirer, mais il est pris à certains moments de peurs soudaines, qui ne durent que très peu de temps. Pendant un court moment, il est plus égaré, veut fuir. Mais il n'exprime aucune vision terrifiante et ne semble pas en proie à des hallucinations.

Le sommeil et l'appétit sont assez bon.

Cet état dure plusieurs mois et ce n'est guère que deux ans après la commotion que le sujet a pu reprendre une existence en apparence normale. Encore est-il extrêmement diminué, incapable d'une occupation fatigante ou d'un effort d'attention un peu prolongé. La mémoire revient lentement. Il persiste un rire et un pleurer faciles, un peu explosifs.

Les réflexes rotuliens demeurent très exagérés, il y a encore de la cyanose des extrémités. La suggestibilité persiste, mais le négativisme et une tendance marquée à la catatonie, qu'on a remarqué pendant la période d'état, semblent avoir disparus.

En résumé, ce malade chez qui nous n'avons retrouvé aucun élément de prédisposition primitive, a présenté à la suite d'un état confusionnel, consécutif à une commotion, le syndrome de puérilisme mental très net et ayant duré plusieurs mois. Après cet intervalle, le malade est très amélioré, mais la persistance de certains troubles et symptômes physiques ne nous permet pas encore de parler de guérison complète.

OBSERVATION V.

Personnelle.

Le soldat C . . , de l'intendance coloniale, âgé de 21 ans, exerçait avant la guerre la profession de comptable à Nouméa. Le fait même d'une profession demandant suffisamment de qualités intellectuelles facilite la comparaison entre ce qu'il fut et ce qu'il est actuellement.

Son père, directeur des abattoirs de Nouméa (Nouvelle-Calédonie), âgé actuellement de 70 ans, est atteint de crises d'asthme. Sa mère, anglaise d'origine, serait une rhumatisante chronique. Quatre de ses frères ou sœurs seraient morts à des âges différents, entre 10 et 20 ans, d'affections dont le malade ne peut pas déterminer la nature. Il raconte vaguement qu'une de ses sœurs est morte à 16 ans paralysée.

Quoiqu'il soit extrêmement difficile d'obtenir des renseignements précis à cause de l'état mental du malade, celui-ci ne semble pourtant pas avoir une hérédité chargée en quoi que ce soit au point de vue mental, personnellement, il aurait eu la fièvre typhoïde à l'âge de 14 ans sans aucune complication grave.

Il paraît avoir présenté de l'urination nocturne involontaire jusqu'à l'âge de 15 ans.

A 17 ans, il aurait eu chez lui quelques accès de paludisme pendant six ou sept mois. Depuis, il ne s'en est pas ressenti.

Au point de vue instruction, il dit avoir été à l'école et avoir suivi les cours du collège jusqu'à 17 ans.

Ces renseignements sur ses antécédents héréditaires et personnels nous les tenons de l'interrogatoire du malade lui-même, n'ayant pu communiquer avec sa famille habitant en Nouvelle-Calédonie. Ainsi nous ne pouvons avoir aucun renseignement sur ce qu'il fut pendant sa jeunesse au point de vue nerveux ou émotif.

Mobilisé en mai 1915, il est affecté comme secrétaire à l'intendance de Nouméa, où il fit régulièrement son service jusqu'au 10 novembre 1917. A cette date, il est affecté à un contingent partant pour la France. Débarqué à Marseille,

hospitalisé immédiatement à l'hôpital militaire de Marseille, il est évacué en janvier 1918 à Lyon et hospitalisé au centre de psychiatrie, H. O. 197 bis, annexe.

A l'entrée, le malade se trouve dans un état de confusion mentale légère, caractérisée par une lenteur de l'idéation, une attention légèrement troublée.

Bien orienté dans l'espace, mal orienté dans le temps, présente surtout des troubles mnésiques assez marqués. Ne se rappellè pas les détails de la traversée qu'il a faite. Répète constamment : moi, torpillé. Ne peut pas préciser où. Ne se rappelle pas la date de son arrivée en France, et les détails de son hospitalisation à Marseille lui échappent. Toutefois, l'état confusionnel n'est pas très accusé. Le malade a conservé le souvenir exact des événements ayant précédé son départ de Nouvelle-Calédonie. Se montre à l'examen impressionnable, hyperémotif, son visage gai et riant s'assombrit subitement lorsqu'on lui rappelle son voyage, il exprime le sentiment de peur, qu'il ressent, et l'idée d'une nouvelle traversée possible l'effraye

Puérilisme : son langage est caractéristique. Il parle « petit nègre » ; sa voix a des intonations et des inflexions enfantines.

Pendant l'interrogatoire, il répond à nos questions de la façon suivante :

« Moi, pissais au lit. Maman beaucoup colère. » Au souvenir de ses parents, il pleure à chaudes larmes, mais sitôt que l'on passe à une autre question plus gaie, son visage subitement change d'expression. Il se met à rire, mais d'un rire enfantin, trahissant un état d'instabilité, de mobilité d'humeur. Il suit la fumée de sa pipe, cherche à l'attraper. A notre question : qu'est-ce que tu fais ? il répond : « c'est beaucoup joli ; moi l'attraper. »

Dans le service, il s'amuse et joue constamment.

Il galoppe en montant à cheval sur une canne à la manière des petits enfants.

Se promène dans toutes les salles, il passe son temps à des occupations puériles

Assis sur les fenêtres, fait pendre ses jambes dehors et interpelle les gens qui passent, disant : « Moi veux aller promener. »

Tire la langue à chaque instant au passage des infirmiers, et il tutoie toutes les personnes du service. L'état physique est très bon.

Se plaint toutefois souvent de céphalées.

Le sommeil est assez bon, mais troublé par des cauchemars, par des scènes terrifiantes et mal déterminées par le malade. L'appétit est bon.

A l'examen : on note de l'exagération de ses réflexes tendineux, du dermographisme très marqué et des plaques d'hypoesthésie cutanée du côté gauche.

Le malade fait un séjour de plusieurs mois dans le service. Son état reste toujours à peu près stationnaire jusqu'au mois de novembre. En ce moment-là, à part quelques troubles de la mémoire consistant en une amnésie lacunaire, on ne trouve plus de traces de l'état confusionnel. Mais surtout son puérilisme est en voie de disparition, son langage est entièrement modifié, il ne parle plus par des « moi », ses conversations ont changé complètement, son expression n'a plus la même teinte puérile que son visage exprimait avant. En un mot, son habitus extérieur, son maintien en général sont revenus entièrement dans l'état normal, à partir du jour où l'armistice était signé, toute possibilité de retourner au danger était écartée.

Pathogénie du puérilisme.

Il suffit de jeter un coup d'œil sur les observations publiées ci-dessus, ainsi que sur notre chapitre d'historique, pour se rendre compte qu'un facteur est presque toujours constant dans l'éclosion du puérilisme mental. C'est la prédisposition. Cette prédisposition se montre, suivant les cas, d'une façon et d'un degré différents. Ici, nous trouvons les antécédents héréditaires du malade chargés au point de vue mental, là, c'est surtout personnellement que le malade nous paraît prédisposé à l'éclosion de la psychose. Pendant son enfance, il est d'un tempérament nerveux, hyperémotif, coléreux, susceptible; éprouve des difficultés pendant la période de ses études. Dans un autre cas, des crises nerveuses ont marqué son enfance (Obs. I.). La débilité mentale, quoique d'un degré léger, est notée dans les antécédents du malade de l'observation III. Mais par dessus tout, c'est un terrain émotif, c'est la *constitution émotive* de Dupré que nous avons remarqué chez presque tous ces malades.

Rarement, malgré un interrogatoire et une enquête minutieuse; on ne trouve aucun élément de prédisposition dans les antécédents de l'homme.

C'est là où le choc commotionnel ou émotion-

nel, reçu par le malade sur le champ de bataille remplace pour ainsi dire cet élément de prédisposition, en préparant le terrain et prédisposant aux accidents névrosiques.

Nous ne nous proposons pas ici de parler de la commotion à proprement parler, tellement longuement étudiée par les auteurs pendant la durée de la guerre. Nous ne retenons des différentes théories émises sur la pathogénie de la commotion que l'élément émotionnel, l'existence et l'influence duquel les auteurs sont unanimes à admettre, dans les cas d'un choc commotionnel vrai, direct, avec perte de connaissance, et dans le cas d'une commotion, type émotionnel, sans choc cérébral direct. Ainsi, d'après Ballet, l'état commotionnel n'est qu'une émotion-choc intensifiée et fixée, et l'émotion est le facteur commun de l'ébranlement par déflagration et du choc émotionnel.

C'est donc cet élément émotionnel qui, agissant sur un terrain plus ou moins prédisposé, produit les trouble psycho-névrosiques.

Les troubles immédiats d'un tel choc, consistent, comme tous les auteurs sont unanimes à l'admettre et comme nous l'avons vu chez nos malades, en un état confusionnel plus ou moins prononcé suivant les cas, et allant de la simple obtusion intellectuelle, jusqu'à la confusion mentale profonde avec stupeur, grande paresse de l'idéation et désorientation complète dans le temps et l'espace. Cette confusion mentale se manifeste avant tout par son syndrome *amnésie* (Régis). Très étendue alors, l'amnésie est à

la fois rétrograde, antérograde et surtout lacunaire par rapport au choc émotionnel.

Des troubles hallucinatoires accompagnent cette confusion. L'automatisme onirique est le développement de cet état de demi-sommeil et de cauchemar qu'est la confusion.

Cette période de confusion mentale suit donc immédiatement la commotion. C'est la *narcolepsie* de Roussy, l'*hypnose des batailles* de Milian.

L'intensité de cet état confusionnel ne dure pas très longtemps, et au bout de quelques jours ou quelques semaines, suivant les cas, le malade commence à sortir lentement de son état de stupeur, son état confusionnel s'améliore, il est moins prostré, son attention est meilleure, mais les troubles névrosiques persistent.

A la période de confusion marquée a succédé une seconde période où l'état confusionnel est bien moins accusé, mais où il persiste toujours assez pour permettre au malade l'exercice d'une suractivité imaginative.

C'est pendant cette période que les malades de nos observations ont présenté des signes de puérilisme mental, et nous dirons dès à présent que les deux principaux facteurs de l'éclosion du puérilisme, c'est les troubles mnésiques d'une part, et cette suractivité imaginative d'autre part.

Mais on ne saurait attribuer au premier de ces facteurs qu'un rôle tout à fait secondaire, l'amnésie ne pouvant, comme on le conçoit facilement qu'aider à l'éclosion de cette altération de la personnalité, mais non pas agir comme une cause déterminante.

Pitres, parlant de son observation d'Alb. M., citée dans notre historique, range ce cas parmi les faits de délire ecmnésique. Son élève, Blanc-Fontenille, dans sa thèse définit ainsi l'ecmnésie : une forme d'amnésie dans laquelle la mémoire est entièrement conservée pour tous les événements antérieurs à une période déterminée de la vie du sujet, et complètement abolie pour les événements survenus postérieurement à cette période. L'auteur fait rapprocher ainsi l'ecmnésie du puérilisme, en disant que cette période est le plus souvent l'enfance et que l'ecmnésie se manifeste par conséquent le plus souvent par du puérilisme. Il explique facilement ce fait de la façon suivante : « On conçoit facilement que les impressions qui, pendant les premières années de l'existence du sujet, ont par leur vivacité, leur nouveauté et leur répétition fortement impressionné la virginité d'un cerveau en voie de développement et d'adaptation, persistent plus longtemps, tandis que les impressions récentes, moins vives et moins souvent répétées s'effacent les premières ».

Mais cette théorie, très ingénieuse du reste, ne peut pas s'appliquer à nos malades. D'abord, parce que les troubles de la mémoire ne sont pas pendant la période du puérilisme suffisamment profonds, et ne revêtent surtout pas cette forme d'amnésie particulière qui s'arrête net à une période déterminée de la vie du sujet. En second lieu, même si nous admettons que cette amnésie existait, elle ne suffirait pas à donner le tableau clinique du puérilisme, ne suffirait pas à donner à un sujet l'idée, la conviction

qu'il est enfant, le puérilisme comme nous l'avons observé chez nos malades, étant un phénomène psychique beaucoup plus complexe que l'écamnésie de Pitres.

Sans vouloir nier, par conséquent, le rôle que ces troubles névrosiques de la confusion peuvent avoir à l'éclosion du puérilisme, nous ne leur attribuons qu'un rôle secondaire.

Le facteur important à l'éclosion du puérilisme est la suractivité de l'imagination, que tous les auteurs ont noté pendant la période post-émotionnelle.

L'émotion a affaibli le sens critique. Le malade tout en n'ayant pas perdu la conscience de lui-même, ne se trouve pas moins dans un état de demi-sommeil, dans une sorte d'état second, dont Régis a si bien montré le caractère et ses analogies avec le somnambulisme.

Dans cet état-là, il existe une sorte d'automatisme imagiatif; l'imagination du malade prend une activité exagérée et on rencontre parfois des vrais délires d'imagination. A l'éclosion du reste de ces délires, aident l'onirisme et les troubles hallucinatoires.

C'est pendant cette période-là, que le malade privé de toute initiative et ayant une suggestibilité exagérée, court le risque de s'auto-suggestionner facilement. Il est désormais en proie à une auto-suggestion inconsciente, et son imagination aidant, il peut présenter toutes sortes d'idées fixes et d'obsessions.

C'est de cette façon-là qu'on peut expliquer

l'éclosion du puérilisme chez nos malade. Le malade a eu trop peur dans son état second. Il est poussé inconsciemment à sentir le besoin d'être secouru, sa personnalité baisse ainsi et regresse. L'idée fixe, l'obsession qu'il est enfant est née ainsi et il se considère désormais comme tel.

On est ainsi amené à remarquer l'analogie qui existe entre le puérilisme et les accidents pithiatiques, notés chez les commotionnés.

Dans les deux cas, sur un fond névrosique, l'émotion a provoqué cet état de confusion mentale légère, pendant laquelle l'auto-suggestion a eu le temps d'intervenir. Chez nos puérils, le syndrome qui nous occupe n'a été relaté qu'un certain temps après le choc émotionnel. Ce temps correspond bien à ce que Charcot appelait la phase de méditation dans la genèse des accidents hystériques post-traumatiques.

Mais on est mienx convaincu du caractère hystérique de cette altération de la personnalité en faisant le parallélisme entre le puérilisme et les altérations provoquées de la personnalité.

Ces altérations sont provoquées chez les sujets prédisposés, hystériques ou autres, soit à l'état de veille par la suggestion, soit par l'hypnotisme.

Pierre Janet, Richet et d'autres expérimentateurs ont étudié ces altérations provoquées de la personnalité. Ils suggéraient au sujet, soit une personnalité nouvelle, choisie par l'expérimentateur, soit l'idée qu'il a tel âge, lui affirmant qu'il recommence une période passée de sa vie; on voit alors le sujet prendre

les caractères qu'il avait à cette époque et revivre pour ainsi dire la période de son existence que l'expérimentateur lui a suggérée.

Bernheim, Bourru et Burot rapportent les observations de femmes hystériques, chez lesquelles on a provoqué un « puérilisme expérimental » ; on leur suggérait, une fois qu'elles étaient endormies, de se réveiller à l'âge de 10 ans par exemple. Au réveil, le sujet jouait comme un enfant. La physionomie, l'expression mimique, les gestes et en général le maintien extérieur étaient ceux d'une enfant de 10 ans.

Ces altérations sont du reste superficielles, cédant à la volonté de l'expérimentateur. Janet dans ses « obsessions et psychasthénies » cite l'observation d'une femme de 32 ans, qui avait l'obsession d'être une enfant, s'amusait et jouait comme une petite fille de 10 ou 12 ans. L'auteur rattache ce « besoin » d'être enfant à deux origines : 1^o à la peur de la lutte ; 2^o au besoin d'être dirigé. Parlant de ces malades, il dit : « ils veulent qu'on s'occupe d'eux perpétuellement, qu'on leur indique tout ce qu'il faut faire. »

Nous considérons donc le puérilisme comme un syndrome ayant une analogie frappante avec les accidents névrosiques ou hystériques.

Nous avons, en effet, remarqué chez nos puérils des symptômes physiques dont la nature psychiatrique paraît incontestable. Le malade de l'observation III présentait une démarche défectueuse, due à des contractures musculaires de nature névrosique.

Le malade de l'observation II avait présenté des crises nerveuses dans son enfance.

Chez deux de nos malades on a noté de la diminution de la sensibilité pharyngienne et cornéenne et des plaques d'hypoesthésie et d'anesthésie cutanée.

Le malade de l'observation V que nous avons pu suivre plus longtemps que les autres dans l'évolution de son puérilisme, s'est amélioré brusquement à partir du jour où il n'y avait plus probabilité pour lui de retourner au danger.

On voit là l'analogie frappante entre le puérilisme et les accidents d'hystéro-traumatisme en général qui sont entretenus par la crainte du retour au danger.

Quoi qu'il en soit, l'évolution et le pronostic du puérilisme mental dépendent entièrement de l'évolution et du pronostic de la confusion mentale concomitante.

Celle-ci évoluant vers l'état chronique, vers la démence autrement dit, le puérilisme prend la forme du puérilisme démentiel de Dupré. L'état confusionnel étant passager au contraire, le syndrome puérilisme cesse d'exister dès la disparition de la confusion mentale.

CONCLUSIONS

I. Le puérilisme mental n'est pas une entité morbide psychopathique ; il n'est qu'un syndrome consistant à une altération de la personnalité.

II. On peut rencontrer ce syndrome dans les affections mentales les plus diverses.

III. Il y a un phénomène, qui est indispensable à l'éclosion du puérilisme, c'est la confusion mentale.

IV. L'émotion, résultat d'un choc commotionnel ou émotionnel, reçu par les combattants sur le champ de bataille, réalisant cet état de confusion mentale, peut faire apparaître ce symptôme du puérilisme chez les commotionnés.

V. Le mécanisme du puérilisme paraît assez compliqué et sa pathogénie reste encore assez obscure. Toutefois, deux facteurs étiologiques semblent prédominer. C'est, d'une part, les troubles de la mémoire, accompagnant tout état confusionnel, et prenant dans le cas particulier la forme de l'écamnésie.

D'autre part, une activité imaginative marquée amenant l'absence de toute initiative et l'abolition du

sens critique. Le malade se trouvant ainsi dans une sorte d'état second a une suggestibilité exagérée. La peur, le besoin d'être secouru fait ainsi naître inconsciemment au malade l'idée fixe, plus ou moins consciente suivant les cas, qu'il est enfant; sa personnalité baisse ainsi et regresse.

VI. Il existe une analogie marquée entre le puérilisme et les accidents pithiatiques rencontrés chez les commotionnés.

VII. L'évolution et le pronostic du puérilisme sont étroitement liés à l'évolution et le pronostic de la confusion mentale concomitante.

VU :

Le Doyen,
L. HUGOUNENQ.

Le Président de la thèse,
J. LÉPINE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 5 juin 1919.

POUR LE RECTEUR ET PAR DÉLÉGATION :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
E. DEPÉRET.

BIBLIOGRAPHIE

- AZAM. — Hypnotisme, double conscience et altérations de la personnalité. (Paris, 1893.)
- BABINSKI et FROMENT. — Hystérie, pithiatisme et troubles nerveux d'ordre réflexe. (Coll. Horizon, Paris, 1917.)
- BALLET et ROGUES DE FURSAC. — Les psychoses émotionnelles. (*Paris médical*, 1^{er} janvier 1916.)
- BERNHEIM. — De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique. (Paris, 1886.)
- De l'amnésie rétrograde dans le sommeil provoqué. (*Revue de l'hypnotisme*, 1890.)
- BRUET. — Les altérations de la personnalité, 1891.
- BLANC-FONTENILLE. — Etude sur une forme de délire hystérique. (Thèse de Bordeaux, 1887.)
- BOURRU et BURÔT. — Les variations de la personnalité. (Paris, 1898.)
- BOURNEVILLE. — Histoire de Jeanne Féry. (Coll., 1886.)
- BRISAUD. — Tumeurs cérébrales. (*Traité de médecine*, t. VI.)
- CAMUSET. — Un cas de dédoublement de la personnalité. (*Annales médico-psychologiques*, 1882.)
- CANONNE. — Paralysie faciale hystérique chez une enfant de six ans. (*Lyon Médical*, janvier 1904.)
- CARRÉ DE MONTGERON. — *La vérité des miracles*, 1737.
- CAPGRAS et TERRIEN. — *Encéphale*, 1912, t. I, p. 361.
- CHARCOT. — Leçons du mardi à la Salpêtrière, 1887-89.
- CHARON. — Psycho-pathologie de guerre. (*Progrès Médical*, 1915, p. 425.)
- CHARON et HALBERSTADT. — Puérilisme mental au cours d'une psychose post-commotionnelle. (*Revue neurologique*, juillet 1916.)
- CHARPENTIER (René). — Un cas de puérilisme mental au cours des opérations de guerre. Contribution à l'étude des psychoses émotionnelles. (*Revue neurologique*, juin 1917.)
- CHARPENTIER et COURBON. — *L'Encéphale*, 1909, t. II, p. 319 et 309.
- CESTAN et LEJONNE. — Tumeur du lobe frontal. (*Société de neurologie*, juillet 1901.)

CLAUDE, DIDE et LEJONNE. — Psychoses hystéro-émotives de la guerre (*Paris Médical*, 2 septembre 1916.)

DAVIDENKOFF. — Psychoses aiguës (hystériques) de la guerre. (*Revue neurologique*, 1916, t. II, p. 476.)

DELBOEUF. — *Revue de l'hypnotisme*, janvier et février 1889.

DENY. — La neuro-psychopathologie française pendant la guerre. (*L'Encéphale*, mai 1916, p. 271.)

DUMAS (G.). — Les troubles mentaux de la guerre. (*Revue de Paris*, juin et juillet 1916.)

DUPRÉ. — *Traité de pathologie mentale*, p. 1167, Paris 1903.

— Le puérilisme démentiel sénile. (Congrès de Pau, 1904, p. 199.)

— Congrès de Bruxelles. (*Revue neurologique*, 1903.)

DUPRÉ et CAMUS. — Méninisme et puérilisme mental chez une hystérique. (*Revue neurologique*, 1903.)

DUPRÉ et DEVAUX. — Tumeur cérébrale. (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1901.)

DUPRÉ et TERRIEN. — *L'Encéphale*, 1911, t. II, p. 32.

FÉRÉ. — Les hypnotiques hystériques. (*Soc. méd. psych.*, 1883.)

GALICIER. — Les altérations de la personnalité par affaiblissement intellectuel. (*Revue de philosophie*, 1897.)

GARNIER et DUPRÉ. — Transformation de la personnalité et puérilisme mental (*Presse médicale*, 1902.)

GOWERS. — *Traité des maladies nerveuses*. (Traduc. all. de Guibe.)

GRANDCLAUDE. — Etude sur quelques-uns des accidents consécutifs à l'explosion. (Thèse de Lyon, juin 1916.)

GRASSET. — Les psychonévroses de guerre. (*Presse médicale*, 1^{er} avril 1916.)

JANET (Paul). — Notion de la personnalité. (*Rev. scient.*, 1876.)

JANET (Pierre). — Les actes inconscients et le dédoublement de la personnalité pendant le sommeil provoqué. (*Revue philosophique*, 1886.)

— Etat mental des hystériques, 2 vol. Stigmates mentaux. Accidents mentaux. (Bibl. Charcot-Debove.)

— Obsessions et psychasthénie.

LAURENT. — Des états seconds. (Thèse de Bordeaux. 1882.)

LÉPINE (Jean). — Troubles mentaux de guerre. (Collection Horizon, Paris, 1917.)

LÉPINE (J.). — Commotion des centres nerveux par explosion. (*Bull. acad. méd.*, 4 juillet 1916.)

- LÉPINE (J.). — Commotion des centres nerveux par explosion. (*Soc. méd. chir. mil.*, 14^e Région, 21 décembre 1915.)
- LEROY (Raoul). — *Annales médico-psychologiques*, janvier 1905.
- LIVET. — *Revue neurologique*, 1914, t. I, p. 117.
- MAIRET et PIERRON. — Le syndrome émotionnel, sa différenciation, du syndrome commotionnel. (*Montpel'ier Médical*, 1^{er} mars 1917.)
- MAIRET et DURANTE. — Etude expérimentale du syndrome commotionnel. (*Presse médicale*, 16 août 1917.)
- MABILLE et RAMADIER. — *Revue de l'hypn.*, 1888.
- MEIGE. — L'infantilisme. (*Gazette des hôpitaux*, 1902)
- PITRES. — Leçons chimiques sur l'hystérie et l'hypnotisme. (1891, p. 219, 290, 294.)
- RÉGIS. — Les troubles psychiques et neuro-psychiques de la guerre. (*Presse médicale*, 27 mai 1915.)
- REGIS et CHARPENTIER. — Les aliénés militaires internés au centre psychiatrique de Bordeaux.
- RIBOT. — Les altérations de la personnalité. (Paris, 1886, p. 81, 147.)
- RICHEL. — L'homme et l'intelligence, 1884,
— Essai de psychologie générale, 1887.
- ROUSSY et LHERMITTE. — Psychonévroses de guerre. (Coll. Horizon, Paris, 1917.)
- SOLLIER. — Genèse et nature de l'hystérie. (Paris, 1897.)
- SOLLIER et CHARTIER. — La rééducation motrice individuelle dans les impotences de guerre. (*Presse médicale*, mai 1916.)
- SOULARD. — Thèse de Paris, 1904.
- SPILLMANN. — Psychoses et psychonévroses de guerre. (*Société de méd. de Nancy*, 28 juillet 1915.)
- TOMASINI. — *L'Encéphale*, 1912, t. I, p. 196.)
- VACHET. — Troubles mentaux, consécutifs au shock des explosifs modernes. (Thèse de Paris, 1918.)
- VOISIN (Jules). — Note sur un cas de grande hystérie avec dédoublement de la personnalité. (*Archives de neurologie*, 1885, p. 212.)

